

Lesões Dimorfas na Cavidade Oral

Dimorphous lesions in oral cavity

Diltor Vladimir Araújo Opromolla¹
Marcelo Araújo Opromolla²
Somei Ura³

RESUMO

Com exceção da hanseníase indeterminada, todas as outras formas dessa doença podem apresentar lesões orais. Nos tuberculoides e dimorfos essas manifestações tem sido descritas exclusivamente nas formas reacionais. Elas são muito mais freqüentes em indivíduos virchovianos e muitas vezes são clinicamente inaparentes, sendo evidenciadas apenas quando são realizadas biópsias nessa região. Não há na literatura muitas publicações referentes a esse tema, e as lesões clínicas orais tuberculoides e dimorfas são descritas raramente e na maior parte das vezes elas não são muito bem caracterizadas. Neste trabalho estamos apresentando um paciente portador de hanseníase dimorfa com reação tipo 1 (dimorfo reacional) com lesão bem nítida na região do palato.

Descritores: Reação tipo 1, hanseníase dimorfa, lesões orais.

CASO CLÍNICO

E.C.A.D., 24 anos, branco, brasileiro, naturalidade de Cáceres-MT e procedente de Mococa, refere que em março de 2002 machucou a mão esquerda e não sentiu, e aí percebeu que não sentia também nas mãos e pés. Foi ao médico que colheu material para pesquisa provavelmente de BAAR, mas como foi negativo ficou sem diagnóstico. Em dezembro de 2002, notou mancha rósea, dormente, na coxa direita, e depois notou outra na região sacral. Foi-lhe receitado pomadas. Em maio voltou ao médico porque as manchas estavam aumentando e foi feita biópsia que confirmou tratar-se de hanseníase.

Iniciou tratamento em maio. As manchas continuaram crescendo e foram aparecendo mais no joelho direito e perna direita que acabaram se emendando. Levou dois meses para que isso acontecesse. Ao mesmo tempo ocorreram também outras manchas no membro superior direito e esquerdo e membro inferior esquerdo. As lesões apareciam isoladas e depois aumentavam de tamanho e se juntavam. Em três meses de tratamento elas haviam aumentado bastante em número e tamanho e apareceu então dor nas articulações dos cotovelos e joelhos. Iniciou o Meticorten e mesmo assim novas dores surgiram nas mãos e nos pés. Tomou talidomida e as dores melhoraram.

Em agosto notou edema nas mãos e pés. Manchas continuaram crescendo nesse período e refere que de vez em quando elas ficavam com as bordas mais vermelhas e o centro esbranquiçado e em dois a três dias voltavam ao normal. Em agosto apareceram manchas discretas na face que foram se acentuando e tornam-se cada vez mais eritematosas e edematosas. Devido à piora do seu estado e a persistência das dores nos membros foi encaminhado para o nosso Instituto.

O paciente foi internado no dia 21 de outubro e apresentava múltiplas placas infiltradas de limites nítidos, eritematosas, contornos irregulares, elípticas e ovais de tamanho entre 1 a 20 cm, atingindo face, dorso, tórax, membros, palmas e plantas (Fig. 1 e 2). Apresentava também edema acentuado nas extremidades.

¹ Médico dermatologista, hansenologista. Diretor da Divisão de Pesquisa e Ensino. Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa, Secretaria de Estado da Saúde, Instituto "Lauro de Souza Lima". Rod. Comte. João Ribeiro de Barros, Km 225/226 – Bauru/SP-Brasil. CEP 17034971. Cx. Postal: 3021. Telefone: 14 3103-5860. e-mail: pesquisa@ilsl.br

² Odontólogo, estagiário na área de estomatologia do Instituto Lauro de Souza Lima

³ Médico dermatologista, hansenologista, PqCIV. Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa, Secretaria de Estado da Saúde, Instituto "Lauro de Souza Lima".

No pálato apresentava placa eritematosa pouco elevada de 3 a 4 cm de diâmetro de aspecto circular (Fig. 3). Lagoftalmo à esquerda.

Exames hematológicos e bioquímicos sem alterações dignas de nota: (ALFIERI, 1983; SANTOS, 2000)

(28/10/2003) Índice baciloscópio: 1,8; Índice morfológico: 0 (zero); (25/11/2003) Índice baciloscópio: 1,5; índice morfológico 0 (zero).

Exames Anatomopatológicos

(22/10/2003) Biópsia de pele - Reação granulomatosa compatível com hanseníase dimorfa tuberculóide reacional; Baciloscopia + + + +;

(24/10/2003) Biópsia de palato - Reação granulomatosa semelhante a da lesão cutânea compatível com Hanseníase dimorfa; Baciloscopia + + + +. (Fig. 4 e 5)

EVOLUÇÃO

Durante a estadia no Instituto o paciente continuou com a PQT e passou a receber também prednisona 60mg/dia e analgésicos.

As lesões foram diminuindo de volume, o lagoftalmo melhorou bem e as parestesias que o paciente apresentava nas mãos desapareceram. O paciente recebeu alta em 4/12 usando prednisona e PQT.

DISCUSSÃO

O paciente descrito apresentava uma hanseníase dimorfa reacional (reação tipo 1) com placas bem delimitadas na face, tronco e membros, edema acentuado nas extremidades, baciloscopia positiva e reação de Mitsuda negativa. Ele queixava-se de dores articulares nas extremidades e apresentou algum deficit motor devido ao comprometimento do nervo ulnar. Na cavidade oral, apresentava uma placa enantematosa, mais ou menos bem delimitada, losangular, no pálato duro estendendo-se até o véu do paladar. A biópsia da lesão mostrou um aspecto semelhante ao observado nas biópsias cutâneas e também apresentava grande quantidade de bacilos.

Os estudos sobre as lesões mucosas na hanseníase não são muito freqüentes e a maior parte deles se refere aquelas observadas nos pacientes virchovianos (BRASIL *et.al*, 1973; EPKER *et.al*, 1969; FITCH *et.al*, 1962; SALAM *et.al*, 1957;

SANTOS *et.al*, 2000. Nestes casos têm sido descritas lesões no pálato duro, mole, pilares, úvula, dorso da língua, sem nenhum comprometimento das mucosas gengival e jugal. Muitas vezes as lesões se ulceram de maneira superficial como acontece na pele. Mesmo sem nenhuma evidência clínica podem ser observadas alterações histopatológicas específicas com a presença de bacilos (BRASIL *et. al*, 1973). Em raros casos tem sido descritas ulcerações que perfuram pálato duro que muitos atribuem ser de origem sífilítica ou devidas a mífase (OPROMOLLA *et. al*, 1974). Durante as reações nos casos virchovianos, o eritema nodoso hansênico pode ser observado nessas regiões e inclusive também pode ulcerar. As lesões virchovianas das mucosas, em particular as da cavidade oral respondem rapidamente ao tratamento específico e dentro de poucas semanas desaparecem e muitas vezes dão lugar a cicatrizes bem características, repuxando a úvula para cima.

Nas formas de hanseníase tuberculóide e dimorfa de evolução crônica não há descrições de lesões mucosas. Nas fases reacionais porém, isso já foi descrito mas ao que consta há uma ou duas publicações a respeito. Nestes casos têm sido descritas lesões granulomatosas com ou sem bacilos mesmo sem o aparecimento de lesões clínicas e estas quando se manifestavam eram pouco evidentes (ALFIERI *et. al*, 1973).

No caso apresentado a lesão da mucosa oral era muito parecida com aquelas observadas no tegumento e a histopatologia mostrou um quadro semelhante aquele observado em outros locais, e com bacilos.

O paciente foi tratado com a poliquimioterapia e corticoesteroides porque exibia comprometimento neurológico. É difícil porém avaliar a ação terapêutica específica nesses casos reacionais porque os surtos têm a tendência à regressão espontânea e a baciloscopia tanto mucosa como cutânea tende a se negativar de uma forma mais ou menos rápida. Por isso é que esses casos que exibem uma grande quantidade de bacilos nas lesões mucosas não devem ser contagiantes como os virchovianos porque o seu período de atividade é relativamente curto.

Talvez as lesões clínica na mucosa oral não sejam tão raras assim. Em muitos pacientes virchovianos com lesões intensas na cavidade oral estas não são detectadas porque a cavidade oral raramente é examinada e não causam na maior parte das vezes nenhum incômodo. Como os casos dimorfos e reacionais são considerados mais benignos, dificilmente eles teriam sua mucosa oral examinada.

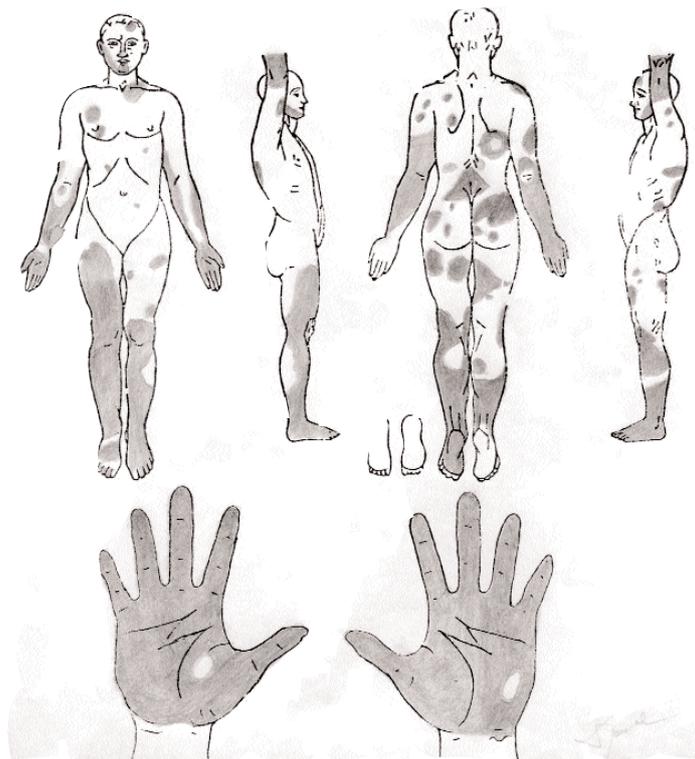


Figura 1 – Distribuição das lesões reacionais no paciente.
Figure 1 – Lesions distribution in the patient.



Figura 2 – Placas eritematosas de vários tamanhos no tronco posterior e face de extensão dos braços - hanseníase dimórfica.
Figure 2 – Erythematous plaques of several sizes on the back of the trunk and extension side of arms - borderline reactive Hansen's disease.



Figura 3 – Placa eritematosa pouco elevada bem delimitada comprometendo a região palatal.
Figure 3 – Well-defined, slightly raised erythematous plaque on the palate.

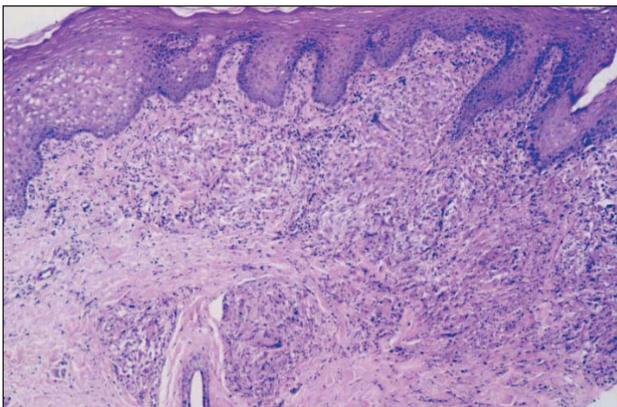


Figura 4 – Biópsia de palato. Extensa reação granulomatosa tuberculoide. HE . Aumento original: 40x.
Figure 4 - Palate biopsy. Extensive tubercloid granulomatous reaction. Original increase: 40x.

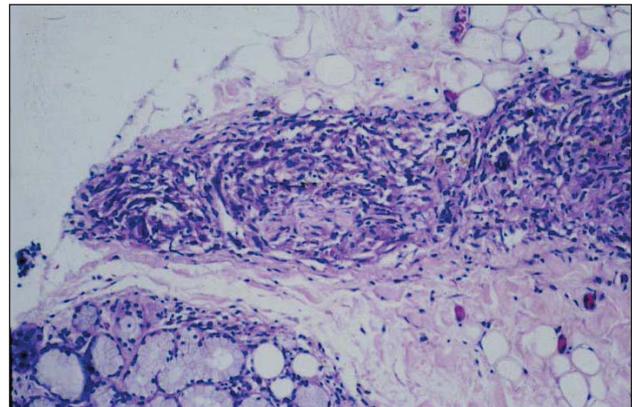


Figura 5 – Biópsia de palato. Reação granulomatosa e fragmentos de ramo nervoso. Aumento original: 80x.
Figure 5 – Palate biopsy. Granulomatous reaction and neural branch fragments. Original increase: 400x.

SUMMARY

All leprosy forms may present oral mucosa lesions except for the indeterminate form. Those manifestations are rarely described in the literature, and when so, they refer to the lepromatous form of the disease. It is common to find a specific infiltrate with bacilli in biopsies of the palate of lepromatous patients, even in the absence of evident clinical manifestation. Oral lesions are located on hard and smooth palate, pillar and tongue; the cheek mucosa and gums are free of lesions. In tuberculoid and borderline forms with chronic evolution there are no oral mucosa lesions and there are rare reactional cases described with histological lesions without clinical evidences, and there are even more rare cases with

clinical oral lesions that do not resemble cutaneous lesions. The author present a patient with borderline reactional leprosy with an erythematous plaque on the hard palate extensive to the soft palate, identical to the lesion in the trunk and limbs. According to the authors lesions result from hematogenic dissemination and they believe that even finding a certain amount of bacilli, this may not pose a risk of contamination because of the limited duration of the reactional episodes. The authors also believe there may be higher numbers of reactional patients with oral lesions because oral mucosa examination is rarely performed, even in lepromatous patients.

Uniterms: Type 1 reaction, borderline leprosy, oral lesions.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALFIERI, N.; FLEURY, R.N.; OPROMOLLA, D.V.A.; URA, S.; CAMPOS, I. de. Oral lesions in borderline and reactional tuberculoid leprosy. *Oral Surg.*, n.01, pag. 52-57, 1983.
2. BRASIL, J.; OPROMOLLA, D.V.A.; SOUZA-FREITAS, J.A. de; ROSSI, J.E.S. Estudo histológico e bacilosκόpio de lesões lepróticas da mucosa bucal. *Estomatologia e Cultura*, v. 7, n. 2. p.113-119, 1973.
3. BRASIL, J.; OPROMOLLA, D.V.A.; SOUZA-FREITAS, J. A. de; FLEURY, R.N. Incidência de alterações patológicas da mucosa bucal em pacientes portadores de hanseníase virchoviana. *Estomatologia e Cultura*, v. 8, n. 01, jan./jun, 1974
4. EPKER, B.N.; VIA JUNIOR, W. Oral and perioral manifestations of leprosy. *Oral Surg., Oral Med. & Oral Pathol.*, v.28, n.3, p.343-347, 1969.
5. FITCH, H.B.; ALLING, C.C. Leprosy, oral manifestations, *J. Period.*, v. 33, p.40-44, 1962.
6. OPROMOLLA, D.V.A.; CAMPOS I. de; PELLEGRINO, D. Lesões lepróticas da cavidade oral. *Estomatologia e Cultura*, n.4, v.2, p. 123-128, 1970.
7. SALAM, H. L.; ZAMORA, L. de. Leprosy of the mouth. *Oral Surg., Oral Med. and Oral Path.*, v. 10, n.6, p. 610-611, 1957.
8. SANTOS, G.G. dos; MARCUCCI, G.; MARCHESE, M.; GUIMARÃES JUNIOR, J. Aspectos estomatológicos das lesões específicas e não-específicas em pacientes portadores da moléstia de Hansen. *Pesquis. Odontol. Bras.*, v.14, n. 3, p. 268-272, jul-set. 2000.